

3. Patiëntgericht werken in het ziekenhuis van morgen

Auteurs: Prof. Dr. Geert Van Hootehem (KU Leuven), Benny Corvers (Prepared Mind) & Dr. Rik Huys (KU Leuven)

Dit artikel is geschreven vanuit een visie op moderne zorgcentra en met een focus op ziekenhuizen, wat geïllustreerd wordt in de eerste case. De hele benadering is eveneens van toepassing op woon- en zorgcentra, zoals beschreven in de tweede case. Deze cases vindt u achter aan het artikel.

1. De traditionele manier van werken

Sinds werknemers vanaf de 18^{de} eeuw onder één dak werden samengebracht in manufacturen, stelde zich nadrukkelijk het vraagstuk van de organisatie van het werk. Voorheen bepaalden boeren en ambachtsslui grotendeels zelf wanneer en hoe ze werkten. Maar dat veranderde drastisch met de opkomst van manufacturen. Een constante in deze evolutie is de toenemende specialisering van het werk naar bewerking.

Naarmate de manufacturen groter werden, kon het werk steeds verder opgedeeld worden in gespecialiseerde taken. Arbeiders maakten geen producten meer, maar verrichtten enkel nog een specifieke bewerking. De bekende Engelse econoom Adam Smith merkte die doorgedreven arbeidsdeling op bij zijn bezoeken aan manufacturen in de 18^{de} eeuw. Hij pleitte voor een snelle verspreiding van die specialisering omdat het volgens hem tot grote productiviteitswinsten leidde. Redenen hiervoor zijn de grotere behendigheid die werknemers verwerven bij het uitvoeren van eenvoudige handelingen; geen verliestijd bij de overgang tussen werk en gereedschap; de mogelijkheid machines in te zetten voor het uitvoeren van eenvoudige handelingen en het beperken van de aanleertijd waarbij ook goedkopere arbeidskrachten kunnen ingeschakeld worden.

Eenmaal het werk was opgesplitst in eenvoudige deelbewerkingen, werd het ook mogelijk nauwkeurig voor te schrijven hoe die gespecialiseerde taken moesten uitgevoerd worden. De Amerikaanse ingenieur Frederick Taylor was eind 19^{de} eeuw een groot pleitbezorger van deze standaardisering. Hij vond dat het management haar plicht niet nakwam door de werknemers zelf te laten uitzoeken hoe ze hun werk het best aanpakten. Het was de taak van het management ervoor te zorgen dat op een

wetenschappelijk wijze de beste werkmethode werd vastgelegd. Daartoe was een scheiding nodig tussen staf en lijn in de organisatie, waarbij de eersten zich specialiseren in de wetenschappelijke uitwerking van de voorbereiding en de ondersteuning van het werk, en de laatsten erop toezien dat deze regels ook worden nagevolgd.

Zo kwam er naast de specialisering in de uitvoering van het werk ook nog een specialisering tussen het denken over en het doen van het werk. De voorbereiding en ondersteuning van het werk werd toegewezen aan tal van gespecialiseerde stafdiensten. De besturing van het proces kwam toe aan aparte leidinggevendenden. Door de splitsing van het werk in vele deelbewerkingen hadden de werknemers immers geen overzicht meer over het proces.

Tot wat de consequente toepassing van deze principes leidde, kon je exact een eeuw geleden vaststellen in de automobielfabriek van Henry Ford. Zowat elke minuut moesten werknemers, onder strikte tempodwang van de lopende band, dezelfde uitvoerende bewerkingen herhalen die tot op de seconde in het werkvoorschrift waren opgenomen. Er werden talloze stafdepartementen uitgebouwd om het complexe productieproces voor te bereiden en te ondersteunen. Diverse lagen van lijnmanagers werden aangesteld om de uitvoering van het werk te controleren en op elkaar af te stemmen.

Deze manier om het werk te organiseren heeft zich in de voorbije eeuw sterk verspreid. Niet alleen in fabrieken, maar ook in administraties, het onderwijs of de zorg. Zo hebben ziekenhuizen vaak een indrukwekkend aantal afdelingen en subafdelingen volgens de ‘bewerking’ die aan de patiënt wordt verricht. Met als gevolg dat je als patiënt voor je zorg heel wat afstanden tussen de afdelingen moet afleggen en heel wat tijd doorbrengt met wachten. Wie een been breekt, mag zich voor een diagnose eerst aanmelden bij de afdeling radiologie. Vervolgens staat een bezoek aan de afdeling anesthesiologie op het programma om complicaties bij de verdoving te voorkomen. In de afdeling traumatologische heelkunde onderga je de chirurgische ingreep. Ten slotte kan je in de afdeling fysische revalidatie terecht om de conditie terug op peil te brengen. Mochten er bij dit alles ernstige sociale problemen optreden, dan kan je bij de sociale dienst nog terecht voor ondersteuning.

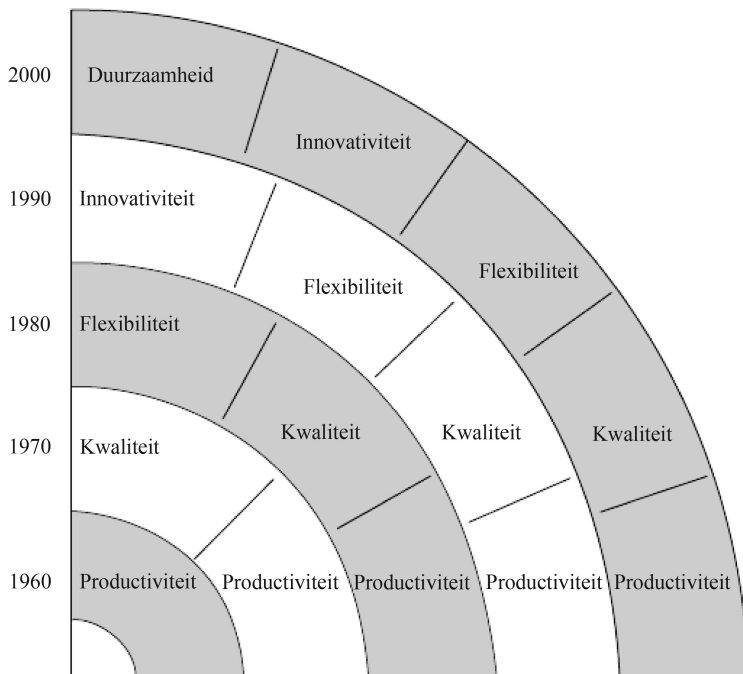
Wat gebeurt hier telkens opnieuw? De organisatie kijkt in de eerste plaats ‘naar binnen’, naar de uitgevoerde activiteiten. Soortgelijke activiteiten worden dan bij elkaar gezet in dezelfde organisatorische eenheid. Dit resulteert in een *functionele structuur*. In een dergelijke structuur is de werknemer lid van een functioneel team waarin gelijksoortige bewerkingen op potentieel alle orders uitgevoerd worden. Op het niveau van het team of eenheid bestaat dan weinig samenhang tussen de activiteiten en

dus weinig samenwerking. Op het niveau van de organisatie als geheel bestaat wel een hoge samenhang tussen de organisatorische eenheden. Deze zijn immers potentieel aan alle orders gekoppeld. Dit resulteert in een complexe organisatie met relatief eenvoudige deeltaken.

De overheersende gedachte bij deze manier van organiseren is dat de som van efficiënte delen ook een efficiënt geheel oplevert. Er worden aparte afdelingen gecreëerd die zich richten op een specifieke bewerking. Daarbinnen specialiseren werknemers zich verder in een eigen specifieke deelbewerking. Daarnaast zijn er tal van staffuncties die zich specialiseren in een aspect van de voorbereiding en de ondersteuning. Leidinggevend en richten zich op verschillende niveaus op de controle van en de afstemming tussen de vele verschillende functies. Ongetwijfeld kunnen binnen gespecialiseerde afdelingen en met gespecialiseerde functies productiviteitswinsten behaald worden. Dat had Adam Smith ook al opgemerkt. Maar met de focus steeds gericht op de eigen gespecialiseerde bewerking rijst de vraag ... *Wie let er eigenlijk nog op de patiënt?*

2. Problemen door een veranderende omgeving

De traditionele manier van werken kende in de voorbije eeuw een groot succes. Althans, binnen een bepaalde omgeving. Zolang de nadruk in de economie lag op massaproductie en de concurrentie zich op de prijs afspeelde, konden door schaalvergroting kostprijsreducties bereikt worden en bleef de noodzaak tot verandering relatief gering. Maar vanaf de jaren zeventig in de vorige eeuw wonnen andere eisen aan organisaties aan belang. Op de markt was naast de concurrentie op prijs, de nadruk steeds meer komen te liggen op kwaliteitsvolle producten en diensten. In daarop volgende decennia kwam daar nog de snelle levering en vernieuwing van een grote variëteit aan producten en diensten bij. Ten slotte ging ook duurzaamheid een belangrijke rol spelen, waarbij organisaties rekening moeten houden met het milieu en de arbeidskwaliteit zodat personeel blijvend kan worden ingezet. In figuur 1 wordt aangegeven dat deze criteria niet in de plaats komen van elkaar, maar een cumulatieve druk uitoefenen op organisaties.



Figuur 1: Eisen vanuit de afzetmarkt in de afgelopen decennia

Onder druk van deze optelsom aan eisen functioneren organisaties met een traditionele arbeidsdeling steeds moeilijker. Hun besturing in de snel veranderende omgeving wordt complexer, de interne communicatie verloopt moeizaam en hun reactiesnelheid is te laag. Het probleemoplossend vermogen van werknemers is te gering, hun onderlinge verhoudingen raken meer gespannen en ze worden geconfronteerd met hogere stressrisico's. Ook in de zorgsector vertaalt zich dit in een aantal knelpunten:

– Afstemmingsproblemen

De functionele opdeling in 'care & cure'-organisaties resulteert in een complex geheel van patiëntenstromen, waarbij het probleem om de gespecialiseerde bewerkingen blijvend op elkaar af te stemmen steeds groter wordt. Door de vergrijzing en de toename van chronisch zieken zijn er steeds meer mensen die een multidisciplinaire aanpak nodig hebben. Ook verblijven patiënten gemiddeld korter in ziekenhuizen, waardoor het belangrijker wordt om op de hoogte te zijn van elkaars werkterrein en verantwoordelijkheden, zodat er goede onderlinge afspraken gemaakt kunnen worden. In het bijzonder zorgt ook de ken-

nistootname voor een bijkomende specialisering. Steeds minder kan één persoon de volledige zorg op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak voor een patiënt op zich nemen. In de geneeskunde is er een steeds verdere subspecialisering, waarbij bv. in een afdeling chirurgie heel verschillende chirurgen bij elkaar zitten. Maar endoscopische chirurgen, oncologische chirurgen, orthopedische chirurgen, gastrointestinale chirurgen ... hebben te maken met patiënten met verschillende aandoeningen en moeten daarom veeleer samenwerken met andere specialismen dan met eigen vakgenoten. Er is dus veel meer nood aan een multidisciplinaire aanpak ... maar de functionele inrichting van de 'care & cure'-organisaties is daaraan helemaal niet aangepast.

Een functionele inrichting levert gefragmenteerde zorg op, omdat elke afdeling verantwoordelijk is voor een deel van de zorg voor een patiënt, maar niemand voor het geheel. Het is inefficiënt omdat elkaar kruisende patiëntenstromen zorgen voor opstoppingen en dus voor lange wachttijden en doorlooptijden. Het is patiëntonvriendelijk, omdat patiënten telkens opnieuw hun verhaal moeten doen en lang moeten wachten. En het is onveilig omdat de vele overdrachten de kans op fouten vergroten.¹

Opmerkelijk is dat de budgetlogica in het management van zorgprocessen deze suboptimalisering nog vaak bevordert. Daarbij worden functionele afdelingen wel efficiënter gemaakt, maar daarom heb je nog lang geen efficiënter zorg- en genezingsproces. Dit lijkt paradoxaal, maar is precies typerend voor functioneel ingerichte organisaties die niet focussen op de patiënt, maar op de eigen afdeling en de eigen bewerking.

– Regels en procedures

Door bestuurders van 'care & cure'-organisaties worden afstemmingsproblemen vaak toegeschreven aan een gebrek aan controle op het uitvoerend personeel. Dan doen ze wat voor de hand ligt: meer regels en procedures opleggen. Maar in de zorgsector gaat het om mensen en dus loopt lang niet alles zoals gepland was. Dan is de vrijheid noodzakelijk om op basis van een professioneel inzicht en kunde de problemen op te lossen. Controlemaatregelen verstoren de relatie tussen cliënt en de professional, die vrij en onbelemmerd moet kunnen zijn. En in de 'care & cure' zijn er tal van beroepsgroepen die zich in eerste instantie willen professionaliseren en daarbij de invloed die anderen uitoefenen op hun werk precies wensen te verminderen.

¹ Christis, 2011.

In dit conflict loert *‘de vicieuze cirkel van de bureaucratie’* al snel om de hoek. Als gevolg van de problemen die zich in de organisatie stellen, wordt de oorzaak van deze problemen aangewend om deze op te lossen, met name door het steeds verder opvoeren van regels, procedures, controle en vergaderingen om een blijvende afstemming te verzekeren. Deze vicieuze cirkel kunnen we als volgt omschrijven¹:

- Door de turbulentie in de omgeving worden medewerkers binnen de bureaucratie voortdurend geconfronteerd met probleemsituaties die niet met behulp van het bestaande systeem van regels en procedures op te lossen zijn.
- Om toch een oplossing te vinden voor dit soort problemen improviseren medewerkers buiten de regels om, vaak gebruikmakend van een netwerk van informele contacten.
- Omdat medewerkers binnen de organisatie voortdurend improviseren, ontstaat er allerlei ruis in de organisatie. De typisch bureaucratische oplossing voor deze ruis is het in werking stellen van nieuwe regels en controles die het improviseren moeten beletten.
- Door deze nieuwe regels wordt het voor medewerkers steeds moeilijker om allerlei optredende uitzonderingen goed af te handelen binnen de bestaande kaders. Bovendien ontstaan er door de bijkomende regels en procedures nog meer uitzonderingen. Geconfronteerd met deze overvloed aan problemen gaan medewerkers nog creatiever improviseren.
- De typisch bureaucratische reactie hierop is vervolgens opnieuw het kader van regels en controles uit te breiden om het nieuwe gedrag ‘buiten de regels om’ te verbieden en hierop strenger toe te zien.

Voegen we daaraan de voortschrijdende juridisering toe ten aanzien van de ‘care & cure’ van patiënten en werknemers, krijgen we steeds minder ruimte om de problemen die zich stellen in het werk zelf te kunnen oplossen. Dit is een pasklaar recept voor meer stress in het werk.

– **Groeiende kloof tussen uitvoerders en management**

Onder meer als gevolg van deze bureaucratisering is het water tussen zorgverstrekkers en management diep en zijn wederzijdse klachten legio. Beide groepen hebben een volledig andere oriëntatie. Het management heeft soms weinig voeling met het eigenlijke zorgproces en vertoeft in een ‘ontkoppelde wereld’ van belangenorganisaties, verzekeraars en overheden. Er ontstaat een doelverschuiving van zorg naar besturing, van zorg naar management. Bij de professionals op de werkvloer daarentegen is de loyaliteit in eerste instantie gericht op de eigen beroepsgroep, niet op de organisatie. Zij staan daarbij op hun

¹ Kuipers et al., 2010.

vrijheid van handelen. Zo kunnen artsen wel werken in een ziekenhuis, maar ze werken daarom niet voor het ziekenhuis. Vaak zijn ze niet eens in dienst van het ziekenhuis. De functionele inrichting van organisaties versterkt deze ‘organisatieblindheid’ nog. Specialisten zitten immers met soortgelijke specialisten samen in hun eigen ‘functionele koker’, waardoor de oriëntatie nog meer op de eigen bewerking en de eigen beroepsgroep gericht wordt. Tegelijkertijd zijn ze ook op ‘hun’ patiënt gericht. De groeiende kloof tussen uitvoerders en management deed arts Marc Desmet een open brief (in de vorm van een boek) schrijven aan zijn ziekenhuisdirectie met als noodkreet “Liefde voor het Werk in tijden van Management”.

3. Uitdagingen op de arbeidsmarkt

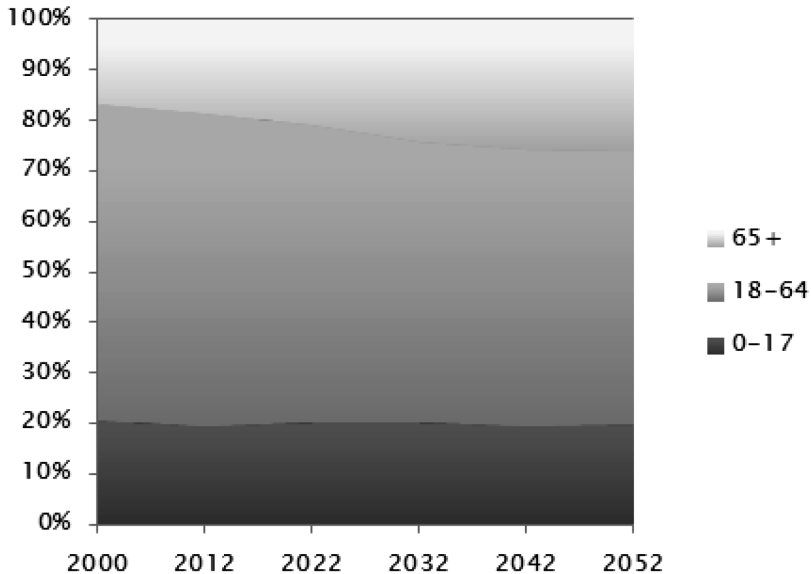
De Vlaamse bevolking vergrijst en ontgroent tegelijk. Vlaanderen wordt in de komende jaren sterker geconfronteerd met de vergrijzing dan de andere gewesten. De vergrijzing slaat sneller toe en is ook meer uitgesproken. Deze demografische ontwikkelingen hebben een ingrijpende weerslag op de werking van de arbeidsmarkt.

De groep jongeren die zich potentieel aandient op de arbeidsmarkt wordt gaandeweg kleiner in verhouding tot de groep die de pensioenleeftijd bereikt. In 1990 waren er nog 124 jongeren (15-24 jaar) per 100 oudere werknemers (55+). Vandaag zijn er al minder jongeren dan 55-plussers. In 2025 is dat nog slechts 74 jongeren per 100 oudere werknemers. De groep jongeren die zich potentieel aandient op de arbeidsmarkt wordt dus kleiner in verhouding tot de groep die de pensioenleeftijd bereikt.

Specifiek voor de zorgsector is er bovendien sprake van een hoge vervangingsgraad. In de prognoses opgesteld door Sels (2011) heeft de zorg van alle sectoren de op één na grootste vervangingsgraad ten gevolge van de definitieve uittreding van werknemers. Tellen we daarbij nog de uitbreidingsvraag ten gevolge van de evolutie in de totale tewerkstelling in de sector en het mag duidelijk zijn dat de sector voor een ernstige krapte op de arbeidsmarkt staat.

Bovendien laten de prognoses vermoeden dat er een totaal nieuwe dynamiek op die arbeidsmarkt zal ontstaan. Een deel van de ouder worden bevolking beschikt over een aanzienlijk besteedbaar inkomen en zal bijgevolg het bestaande zorgaanbod kritisch beoordelen om vervolgens zelf de handen uit de mouwen te steken om de eigen zorgvoorzieningen uit te bouwen. De kans is bijzonder groot dat ze daarbij een partner vinden

in zorgverstrekkers die in al even autonoom (en bijhorende prijs- en voorwaardenzetting) verband hun diensten in de zorgmarkt aanbieden.

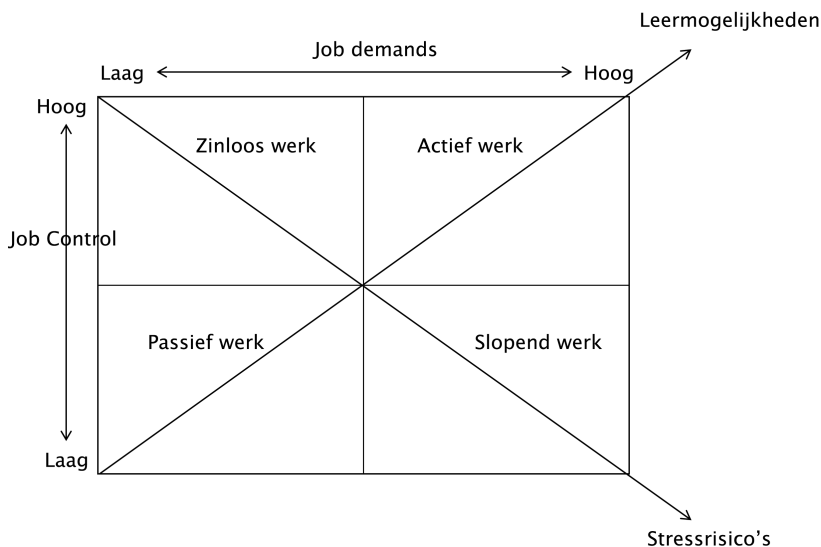


Figuur 2: Prognose van de bevolkingsevolutie naar leeftijdscategorie Vlaanderen (eigen bewerking op basis van cijfers ter beschikking gesteld door de Studiedienst van de Vlaamse Regering)

Het is dan ook logisch dat de sector inspanningen levert om de instroom in de sector te maximaliseren. Maar dat is lang niet het enige middel om het personeelstekort te verhelpen. Werken aan de kwaliteit van de arbeid zorgt ervoor dat werknemers langer aan de slag blijven en tegelijk de aantrekkingskracht van de sector toeneemt. Om een idee te krijgen wat 'kwaliteitsvolle' jobs zijn, kunnen we een beroep doen op het stressmodel van Karasek (1979). Dit model geeft aan dat de eisen van het werk op zichzelf niet leiden tot stress, maar wel de combinatie van werkeisen met de beslissingsruimte die de job biedt. Is die ruimte beperkt dan kan aan de hoge eisen van het werk niet voldaan worden wat leidt tot stressklachten. Omgekeerd maakt voldoende beslissingsruimte het mogelijk adequaat met de werkeisen om te gaan, waardoor de werkeisen veeleer als uitdagend en motiverend worden ervaren en de job veel leermogelijkheden biedt (figuur 3).

Het model van Karasek biedt een positieve boodschap. Het wijst immers niet alleen op de mogelijkheid risico's te voorkomen, maar de afwezigheid van deze risico's leiden op hun beurt tot grotere leermogelijkheden, tevredenheid, motivatie, bevlogenheid, innovatief werknemersgedrag en

uiteindelijk een betere prestatie van werknemers. Het gaat dus niet enkel om het vermijden van risico's, maar ook om het verschaffen van allerlei mogelijkheden.



Figuur 3: Karasek-model voor typologie van jobs naar werkeisen en beslissingsruimte

Beschikbare gegevens uit diverse onderzoeken tonen duidelijk aan dat een actieve job een gunstige weerslag heeft op de gezondheid. Gegevens van de werkbaarheidsmonitor¹ geven aan dat de oudste leeftijdscategorie van 55-plussers over de meest werkbare jobs beschikken. Met andere woorden: als de werkbaarheid van de job goed is, kunnen werknemers de job ook effectief langer uitvoeren.

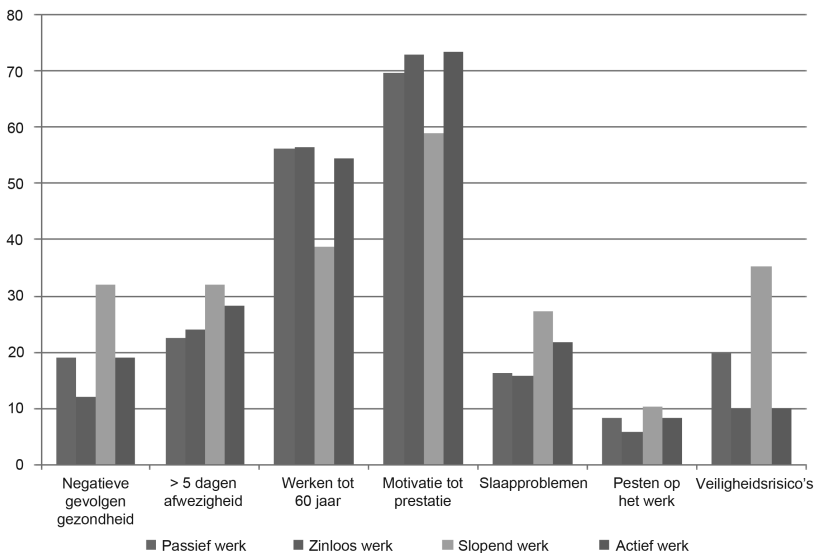
Gegevens van de EWCS-survey² laten de relevantie van de Karasek-typologie zien voor de gezondheid van werknemers (figuur 4). 55% van de personen met een actieve job zien zich dezelfde job nog uitvoeren op de leeftijd van 60 jaar, tegenover slechts 39% van de werknemers met een slopende job. Soortgelijke verschillen zijn er ook als het gaat om absentisme, de mate waarin de organisatie de werknemer aanzet om goed te presteren, de mate waarin het werk negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid, slaapproblemen, pesten op het werk en veiligheidsrisico's op het werk. Hieruit blijkt duidelijk dat slopende jobs met hoge werkeisen en lage beslissingsruimte systematisch slechter scoren. Tegelijk zien we

¹ Stichting Innovatie & Arbeid, 2011.

² European Foundation, 2011.

een sterk modererend effect van een toename van de beslissingsruimte in het werk. Actieve jobs met meer beslissingsruimte scoren aanzienlijk beter dan de slopende jobs, waarbij de negatieve impact van de hoge verkeisen grotendeels verdwijnt. Gelet op de steeds grotere eisen die aan het werk in de 'care & cure' gesteld worden, wijst dit op steeds grotere noodzaak om de beslissingsruimte van werknemers in hun job te verruimen.

Slopende jobs omzetten in actieve jobs vereist aanpassingen in de organisatie van het werk. Een functionele inrichting leidt immers tot meer problemen in het werk en tegelijk minder mogelijkheden om deze problemen op te lossen. Het leidt dus tot slopende jobs die geen duurzame tewerkstelling mogelijk maken.

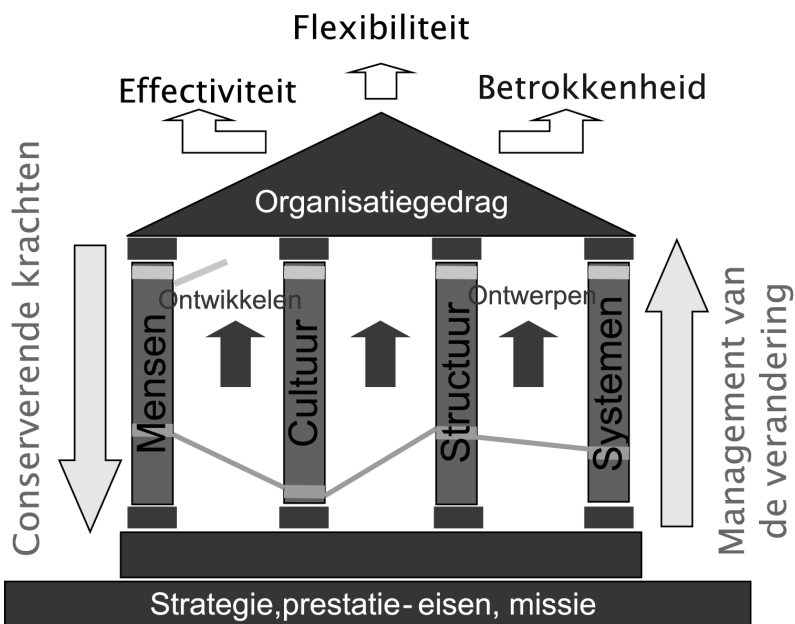


Figuur 4: Gezondheid van werknemers in Vlaanderen naar type van de job (Karasek-model), (in %) 2010.

4. Lekken in een wereld van tekorten

Een organisatie is een samenhangend stelsel van mensen, cultuur, structuur en systemen. Mensen brengen hun competenties, talenten, blinde vlekken, motieven, ambities en allergieën mee. In de cultuur vormen zich collectieve gewoontes, taboes, gedeelde opvattingen, terugkerende patronen. In de structuur wordt vastgelegd hoe het werk verdeeld wordt

volgens vaste patronen over mensen, groepen, afdelingen of (business)units. En in (technische) systemen worden regels, procedures en routines vastgelegd en eventueel gemechaniseerd of geautomatiseerd. Denk hierbij aan productiesystemen, planningssystemen, financiële systemen, personele systemen, onderhoudssystemen, kwaliteitssystemen en informatiesystemen. Al deze 'harde en zachte' elementen hangen samen en dit samenhangend geheel wordt omschreven als het organisatie-regime (figuur 5).¹



Figuur 5: Elementen van het organisatie-regime

Aan de hand van de elementen van dit organisatiemodel kunnen we nagaan in welke mate de manier van organiseren in de zorg nog aansluit bij de wijze waarop de 'care & cure'-organisaties patiënten willen behandelen.

– **Structuur**

Hoezeer het personeel in 'care & cure'-organisaties ook begaan is met de patiënt, in realiteit zijn de organisaties meestal niet vraag- maar aanbodgestuurd. Ze zijn namelijk ingedeeld vanuit de specialismen die ze aanbieden, niet vanuit de vraag van de patiënten. Nochtans zijn er

¹ Kuipers et al., 2010.

grote verschillen tussen groepen patiënten die ook verschillende vragen hebben. Zo verblijven patiënten in de afdeling neus, keel en oor doorgaans kort op de afdeling. De betrokken patiënten hebben alle mogelijke leeftijden. De chirurgen zijn er erg gespecialiseerd. Vergelijken we dit met de afdeling gastro-enterologie dan verblijven de patiënten er meestal langere tijd, gaat het vooral om oudere mensen en is de afdeling bevolkt met internisten die een meer algemene kennis en kunde hebben. Het is evident dat deze verschillende situatie ook andere vragen oplevert vanuit de patiënten. Zo is in de laatste afdeling de voeding een belangrijk punt. Of is er meer nood aan sociaal assistenten om met de familie te praten, omdat patiënten zelf niet meer kunnen praten.

Maar door de structuur van het ziekenhuis worden deze verschillende behoeften straal genegeerd. Deze structuur is immers identiek voor alle patiënten. De keuken werkt voor het hele ziekenhuis en voor alle patiënten, in welke afdeling ze ook verblijven. Alle ondersteuning wordt immers zo veel mogelijk gecentraliseerd, omdat men er steeds opnieuw van uitgaat dat door centralisatie de taken op een grotere schaal kunnen worden uitgevoerd en er bijgevolg nog meer specialisatie mogelijk is die efficiënter kan uitgevoerd worden. Dan is er niet enkel een schoonmaakkploeg, maar een aparte kuisploeg en een aparte afwasploeg.

Bij deze voortschrijdende functionele specialisatie treden echter ook steeds meer afstemmingsproblemen op. Dit wordt in de uitvoering van het werk ook scherp gevoeld. Als oplossing wordt echter niet de structurele oorzaak aangepakt, maar worden bijkomende maatregelen bovenop de bestaande functionele structuur geplakt. Zo worden bijvoorbeeld aparte flexibele ploegen gecreëerd om capaciteitsproblemen op te lossen. Waardoor die flexibiliteit ook weer een specialiteit wordt. Of met het oog op een betere multidisciplinaire aanpak worden zorgpaden opgesteld. Hiermee worden laterale verbanden gelegd tussen de functionele eenheden die bij het zorgpad betrokken zijn. Maar omdat niemand de verantwoordelijkheid draagt voor het zorgpad, biedt dit geen structurele oplossing. De doelstellingen voor de functionele eenheden blijven steeds prioritair ten aanzien van de doelstellingen van het zorgpad. De optimalisatie van deze functionele eenheden leidt dan weer tot suboptimalisatie van het zorgpad als geheel. En als men er niet uit komt, is er onvermijdelijk toch een centralisatie van de besluitvorming nodig.

Een bijkomend effect van deze zucht naar specialisering is dat de krapte op de arbeidsmarkt nog wordt aangescherpt. Door de opdeling van het werk in zo veel mogelijk gespecialiseerde deelbewerkingen, heeft men immers voor elke job een werknemer nodig die in deze

deelbewerking gespecialiseerd is. Als er voor elke job een gespecialiseerde vacature is, bemoeilijkt dit de afstemming tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt.

Om deze centraliseringsdwang te counteren is er nood aan structuurinterventies die een (potentieel) decentraliserend potentieel inhouden. In het toewijzen van ondersteunende, voorbereidende en regelende taken hanteert de theorie inzake de innovatieve arbeidsorganisatie het principe '*decentraal, tenzij ...*'. Dat betekent dat centralisering niet als gegeven beschouwd wordt maar verdedigd moet worden. Het betekent ook dat moet onderzocht worden of het creëren van eventuele tussenniveaus voor het toewijzen van voorbereidende, ondersteunende dan wel regelende taken een potentieel decentraliserend effect kan hebben. Dat is natuurlijk geen doel op zich maar een strategie om regelnoodzaak en regelcapaciteit dichterbij elkaar te brengen. In ziekenhuizen zijn tendensen waarneembaar waarbij een niveau boven de verpleegeenheid vorm gegeven wordt. Dit kunnen twee tegenover elkaar liggende afdelingen zijn die ten opzichte van elkaar als overflow functioneren of vier afdelingen die samen een cluster vormen.

– Cultuur

De structuur van een organisatie heeft een belangrijke weerslag op de cultuur in een organisatie. Gezien de functionele structuur alomtegenwoordig is, is er ook een sterk afdelingsgerichte cultuur in de 'care & cure'. Dit start al bij de opleiding die ook functioneel gespecialiseerd is. Studenten die eenzelfde specialisatie volgen, zitten samen en cultiveren een oriëntatie op de eigen beroepsgroep. Deze focus op de eigen specialiteit zet zich verder gedurende de carrière. Zo versterken de functionele specialisatie in het onderwijs en het bedrijfsleven elkaar. Door de functionele specialisatie in organisaties zoeken deze ook specialisten in een deelbewerking op de arbeidsmarkt en richt het onderwijs zich op het afleveren van deze specialisten. Omgekeerd maakt het afleveren van deze specialisten door het onderwijs het moeilijk om het zorgproces op een andere leest te organiseren. Want functionele specialisten verwachten ook hun specialisatie te kunnen uitoefenen in organisaties. Het wordt een lastige klus om dokters in een academisch ziekenhuis in een multidisciplinaire patiëntgerichte structuur te laten werken, terwijl de universiteit zelf nog langs disciplinaire lijnen georganiseerd is.

Het gevolg van dit afdelingsdenken is dat een patiënt pas 'mijn' patiënt wordt op het ogenblik dat deze in de afdeling verschijnt. Vanaf dat ogenblik zal het personeel zich inzetten voor de betrokken patiënt. Maar door de functionele specialisatie wordt de patiënt ontrafeld in

diverse deelbewerkingen. Telkens opnieuw is die patiënt ‘mijn’ patiënt in een afdeling, maar nooit ‘onze’ patiënt. Want niemand is verantwoordelijk voor het volledige zorgproces. Als er iets fout loopt in het zorgproces, dan ligt dat aan een van die andere afdelingen waar de patiënt behandeld werd. In plaats van de focus op de verzorging en genezing van de patiënt te richten gaat de focus naar het afwentelen van verantwoordelijkheden. Tussen de beroepsgroepen bestaat een – vermeende – hiërarchie waarbij het calimerodenken nooit veraf is. Dan voelt de ene beroepsgroep op zich neergekeken door een andere beroepsgroep. Wat door die laatste ontkend wordt en er veeleer op een gebrek aan inspanning gewezen wordt.

Dat calimerodenken uit zich niet alleen tussen de professies, maar evenzeer tussen de verpleegeenheden enerzijds en tussen verpleging en logistieke/paramedische ondersteuning anderzijds. Alsof dat nog niet voldoende subculturen zijn, geldt dat evenzeer tussen de verschillende generaties. Hoewel men zich wel verbonden weet met het ziekenhuis, trots is dat men er werkt en de community als geheel als waardevol ervaart, wordt er toch aan ‘vingerwijzen’ en ‘zwartepieten’ gedaan waarbij men de eigen (professionele, afdeling, c.q. generatie) ‘in-groep’ prijst en de oorzaken van de dysfuncties legt bij de respectievelijke andere groep zonder veel over-en-weer-empathie.

– Mensen

Mensen zijn georiënteerd op hun eigen deelbewerking en dus niet geneigd taken van andere functies over te nemen. Als een gespecialiseerde functie niet aanwezig is, stelt zich bijgevolg meteen een probleem. Zo zullen paramedici nooit een aspect van de uitvoering in de care & cure op zich nemen, hoewel ze dat in feite wel kunnen en daarmee capaciteitsproblemen in de uitvoering kunnen oplossen. Tegelijk worden de competenties van werknemers onvoldoende benut als deze enkel en alleen hun eigen deelbewerking mogen uitvoeren.

Niet alleen is er de scholing die gericht is op een bepaalde deelbewerking. Studenten gaan na hun opleiding vaak ook werken in de afdeling waar ze stage hebben gelopen. Nooit hebben ze een andere afdeling gezien. Geen wonder dat er weinig wederzijds begrip is.

In de sector is er geen traditie van polyvalentie. In het werk wordt zelden geroteerd over verschillende jobs in of tussen de afdelingen. Evenmin wordt in het kader van een loopbaanbeleid diverse afdelingen doorlopen. Polyvalentie is geen vereiste voor promotie.

Door de opleiding en het werken in een functionele structuur worden de werknemers blind voor het volledige ‘care & cure’-proces. Op ter-

mijn willen de werknemers ook niet meer uit de eigen veilige functionele koker. Men verschanst zich halsstarrig in de loopgraven van de eigen afdeling.

Het gevolg is dat er bijzonder weinig ruimte is om met de diversiteit aan preferenties en competenties om te gaan. We botsen hier op de combinatie van een specifieke keuze voor een (functionele) arbeidsdeling en een rigide arbeidsverdeling (allocatie, met andere woorden het toewijzen van werknemers aan een bepaalde functie). De uitgesproken keuze voor centralisering leidt tot bijzonder weinig capaciteit in het primair proces. Door daarop nog eens rigide allocatiemechanismen toe te passen, ontnemt men zich niet alleen alle manoeuvreerruimte, men miskent bovendien de diversiteit aan competenties en preferenties die men in huis heeft. Erger nog, de schaarste die er door de arbeidsmarkt is (of dreigt), die men versterkt door de bewerkingsgerichte arbeidsdeling, kan niet opgevangen worden door open te staan voor een diverse instroom omdat deze niet voldoet aan de maximale functie-eisen. Waardoor de schaarste nog versterkt wordt. De aldus ontstane stroom in- en doorstroom leiden tot schrale loopbaantrajecten en dat zorgt op zijn beurt voor een groot gebrek aan organisatorische empathie.

– Systemen

Het voornaamste tekort in de personeelsvoorziening situeert zich bij de kern van het zorgproces, de feitelijke 'care & cure'. Toch staan deze posities niet in hoog aanzien. De HR-systemen ondersteunen elke stap verder weg van het bed als een promotie. Op die manier worden de beste krachten aan het zorgproces onttrokken en wordt het tekort in de uitvoering groter. Meer zelfs, sommige studenten hopen nooit langs die uitvoering te moeten passeren en mikken meteen op een bestuursfunctie in de sector. De kern van het 'care & cure'-proces wordt op die manier gevalueerd.

De promotiesystemen zijn niet de enige die voor discussie of verbetering vatbaar zijn. Het valt bijvoorbeeld op dat de relatie tussen architectuur, de zorgvisie en de arbeidsorganisatie nauwelijks geëxpliciteerd wordt. Op die manier staan nieuwe gebouwen niet zelden een innovatieve arbeidsorganisatie in de weg of belemmert ze deze toch in aanzienlijke mate.

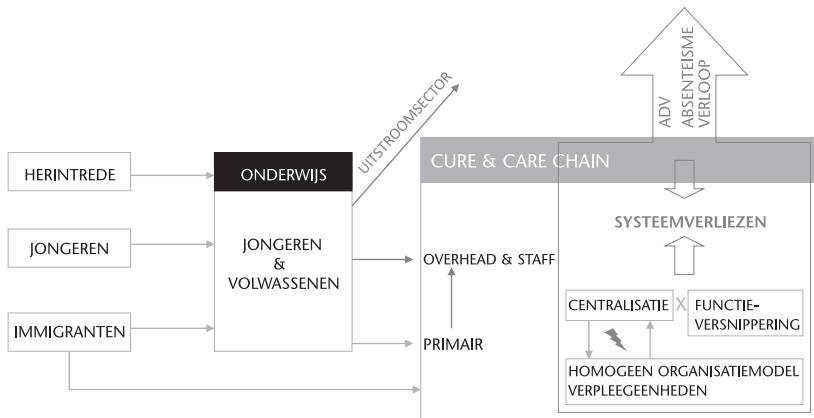
De processen van bedrijfgave, patiëntoverdracht, toeren en maaltijdbedeling zijn voorbeelden van afdelings- of professie-overschrijdende samenwerking. De systemen die daartoe bedacht zijn, houden daar niet altijd in voldoende mate rekening mee of versterken nog de bestaande arbeidsdeling. Omdat het cruciale processen zijn met grote

afbreukrisico's verdient het aanbeveling bij vernieuwing van deze systemen, deze ook te bekijken met de bril van de innovatieve arbeidsorganisatie. Dat betekent op zijn minst dat men gaat voor systemen die lokale variatie (type patiënt, type ingreep, type aandoening, type arts ...) toelaten.

In figuur 6 worden de stromen en lekken van personeel in de 'care & cure' grafisch voorgesteld. In het zwart staan de stromen afgebeeld naar de sector toe. Het gaat in de eerste plaats om jongeren die via het onderwijs aan de zorgsector worden toegeleverd. Het kan ook gaan om werknemers die opnieuw intreden op de arbeidsmarkt of zich heroriënteren naar de zorgsector en via een opleiding daartoe terug klaargestoomd worden. En er zijn ook de werkkrachten die vanuit het buitenland gerekruteerd worden om al dan niet middels een opleiding een job in de zorgsector op te nemen.

Helaas zijn er ook een groot aantal rode pijlen waarbij talenten voor de sector verloren gaan. Er is al een belangrijke uitstroom nog vooraleer de eerste instroom een feit is. Zowat een vijfde van de studenten die een opleiding gericht op de 'care & cure' volgt, werkt nooit in de sector en zoekt andere horizons op. Verder zijn er studenten die het primaire proces in de 'care & cure' naast zich laten en zich meteen richten op de bestuursniveaus. Masteropleidingen als 'management en gezondheid' kunnen op veel belangstelling rekenen. Hierdoor wordt de vermelde kloof tussen de kernwerknemers en het management nog groter. Ook de personeelssystemen ondersteunen de 'vlucht weg van het bed' door werknemers van het primaire proces weg te promoveren. De beste krachten worden zo weggehaald waar zich net de grootste noden situeren.

Een bijkomende grote rode pijl weg van de sector wordt gevormd door verloop uit de sector, absentisme en ADV-dagen. In figuur 4 werd al aangegeven dat slopende jobs leiden tot een verlies aan personeelsinzet door meer afwezigheden en vroegtijdig stoppen met werken. Ook het gebruik van ADV-dagen past in dezelfde optie om de blootstelling aan risico's in het werk te beperken. Op die manier worden deze risico's evenwel niet aangepakt. Meer zelfs, ze riskeren door deze 'lekken' nog groter te worden. Vermits werknemers toch de mogelijkheid hebben geregeld uit te blazen, kunnen de werkeisen nog wat opgevoerd worden. En het aanwezige personeel moet afwezigheden van collega's telkens zien op te vangen wat op zijn beurt opnieuw de werkeisen verhoogt. Op die manier dreigt in een neerwaartse spiraal het lek uit de sector steeds groter te worden.



Figuur 6: Stromen en lekken van personeel in de 'care & cure'-sectoren

Naast dit externe verlies waarbij talent voor de sector verloren gaat, genereert de functionele specialisatie ook intern verlies binnen de 'care & cure'-organisaties. We vermeldde systeemverliezen ten gevolge van afstemmingsproblemen die complexe patiëntenstromen en wachttijden veroorzaken. We hadden het over de specialisatie van functies die een schaarste op de arbeidsmarkt creëert. Voor elke specialistische functie moet immers een gepaste kandidaat beschikbaar zijn. We wezen op de centralisatie van de voorbereiding, ondersteuning en besturing van het primaire proces. Door deze centralisatie hoopt men schaalvoordelen en productiviteitswinsten te genereren, maar ze staat haaks op de uiteenlopende wensen van verschillende patiëntengroepen.

Deze opsomming van lekken maakt duidelijk dat het probleem van personeelsvoorziening in de 'care & cure' lang niet alleen een probleem is van onvoldoende instroom. Het is ook een probleem van 'lekken' in de sector. Lekken die voor een belangrijk deel terug te voeren zijn tot de keuze voor een functionele structuur in organisaties. Deze keuze leidt tot een traditionele organisatie van het werk die niet langer aangepast is aan de huidige noden van patiënten. Hoe die organisatie anders kan, verduidelijken we in de volgende paragraaf.

5. Anders organiseren en beter zorgen: voluit kiezen voor focus op de patiënt

Willen zorgorganisaties de patiënt centraal stellen, dan mogen ze niet alleen maar 'naar binnen' kijken. Naar de activiteiten die ze uitvoeren om dan in één beweging soortgelijke activiteiten bij elkaar te groeperen. Organisaties moeten 'naar buiten' kijken, naar de patiënten en hun wensen om dan soortgelijke orders bij elkaar te groeperen. In geval van de zorg gaat het om patiënten bij wie men soortgelijke patiënten of een soortgelijke zorgvraag van patiënten samen houdt. Vervolgens worden alle activiteiten die nodig zijn voor het realiseren van die soortgelijke orders in de afdeling samengebracht. Dit resulteert in een patiëntgerichte structuur. In een dergelijke structuur zijn werknemers lid van een patiëntgericht team waarin verschillende onderling samenhangende bewerkingen worden uitgevoerd op een beperkt aantal soortgelijke zorgvragen. Op het niveau van die afdeling bestaat daarom een hoge interne samenhang. Terwijl op het niveau van de organisatie als geheel de samenhang tussen de afdelingen laag is. Elke afdeling is immers verantwoordelijk voor een eigen segment uit de totale zorgvraag. Het is niet langer meer 'mijn' of 'jouw' patiënt, maar steeds 'onze' patiënt. Dit resulteert in een eenvoudige organisatiestructuur met relatief complexe taken.

Dit is de belangrijkste keuze die je in de organisatie van het werk kan maken. Deze keuze bepaalt in sterke mate 'naar beneden toe' hoe jobs kunnen worden samengesteld en dus in welke mate het om slopende dan wel actieve jobs gaat. 'Naar boven toe' bepaalt deze keuze in welke mate de ondersteuning, voorbereiding en besturing van het primaire proces gedecentraliseerd kan worden.

Er zijn voorbeelden te vinden van afdelingen die een patiëntgerichte structuur hebben. Hadden we het eerder over de vele afdelingen die je als patiënt in een ziekenhuis moet doorlopen wanneer je een been hebt gebroken, dan zijn er in het ziekenhuis soms ook afdelingen die wel een oriëntatie op de patiënt hebben. Zo is de afdeling kindergeneeskunde een voorbeeld van een afdeling gericht op een bepaald soort patiënt. Verschillende bewerkingsspecialiteiten als geneeskundigen, psychologen, sociaal assistenten, ergotherapeuten, onderwijzers ... zijn daarbij samengebracht in eenzelfde afdeling. Anders gezegd: de gespecialiseerde zorgverleners komen hier naar de patiënt toe, in plaats van de patiënt die zich een weg moet banen in het ziekenhuis naar de diverse gespecialiseerde zorgverleners. De afdeling kindergeneeskunde is als een 'mini-ziekenhuis' binnen het ziekenhuis te beschouwen die er een geïntegreerde multidisciplinaire

ciplinaire zorg verkrijgen. Hetzelfde structuurprincipe kan ook aangewend worden voor de oprichting van een oncologisch centrum, een migrainecentrum, een astmacentrum ...

Omdat die eenheden sterk onafhankelijk van elkaar opereren, kan de integrale verantwoordelijkheid voor de zorg ook naar hen gedelegeerd worden. De afdelingen verzorgen de care & cure van de betrokken patiënten van A tot Z en beschikken daarvoor over de nodige middelen zowel in de uitvoering, voorbereiding, ondersteuning en besturing. Dit levert de structurele voorwaarden op voor nauwe afstemming binnen de patiëntgerichte afdelingen en voor een cultuur van samenwerking. De wederzijdse afstemming kan nu binnen de eenheden verlopen zodat een decentralisatie van de besluitvorming mogelijk is. Elke afdeling beschikt over een eigen werkplanning, kwaliteitszorg, ICT ... die hierdoor afgestemd kan worden op de eigen aard van het betrokken proces. Daarmee opereren de afdelingen grotendeels zelfstandig en kunnen beschouwd worden als kleine ziekenhuizen binnen het ziekenhuis of kleine zorgeenheden binnen de zorgorganisatie. Denken over en doen van het werk kunnen terug geïntegreerd worden. De ingewikkelde logistiek uit de functionele structuur is volledig verdwenen. Patiënten worden niet langer uiteengerukt in specialistische deelbewerkingen, maar patiëntenstromen worden van elkaar gescheiden.

Gezien de afdelingen verantwoordelijk zijn voor de hele care & cure kunnen ze ook verantwoordelijk gesteld worden voor het resultaat. De patiëntgerichte structuur is bij uitstek geschikt voor een procesgestuurde zorg waarbij afdelingen op basis van outputcriteria hun processen kunnen analyseren, verbeteren en waar nodig nog verder standaardiseren. Binnen de afdelingen kunnen dan opnieuw zelfstandige eenheden gecreëerd worden, bijvoorbeeld in de vorm van teams die elk opnieuw verantwoordelijk zijn voor een specifieke groep patiënten. Op die manier vindt binnen de afdelingen een proces van schaalverkleining plaats. Tegelijk is op niveau van de organisatie een schaalvergroting mogelijk. Niet op basis van soortgelijke bewerkingen, maar op basis van soortgelijke patiënten. Door betere en aangepaste 'care & cure' aan te bieden kan de organisatie meer patiënten aantrekken en een groter aantal verrichtingen per aandoening uitvoeren. Op die manier kan de organisatie in een positieve spiraal terecht komen van meer volume en als gevolg hiervan een betere kwaliteit en lagere kosten.

Voor een multidisciplinaire zorg is dan geen zorgpad meer nodig. De zorg is immers al multidisciplinair langs de lijnen van soortgelijke patiënten georganiseerd. Veeleer gaat het hier om zorgprogramma's die aangeven hoe de integratie van verschillende disciplines voor een bepaald soort patiënten moet verlopen.

Vaak is de spontane reactie op deze aanpak dat specialisering toch onvermijdelijk is. Dat werknemers toch niet alles kunnen en kennen? Dat door de vooruitgang van de kennis juist meer specialisering nodig is? Vanzelfsprekend is arbeidsdeling noodzakelijk in een organisatie. Niet iedereen kan hetzelfde werk doen en dat is ook helemaal niet de bedoeling. De fout in deze kritiek is dat specialisatie van kennis en kunde naar soort bewerking als de enig mogelijke of waardevolle kennis en kunde wordt gezien. Dat is niet juist. In een patiëntgerichte structuur is er eveneens sprake van specialisatie: alleen is dat geen specialisatie naar bewerking, maar een specialisatie naar aandoening.

Nemen we het voorbeeld van het door Porter (2008) beschreven migrainecentrum. In een functioneel gestructureerd ziekenhuis zit de neuroloog in de functionele koker met andere neurologen. De neuroloog behandelt er veel verschillende patiënten, waaronder ook enkele migrainepatiënten. In een patiëntgerichte structuur is de neuroloog lid van een multidisciplinair team dat bestaat uit neurologen, psychologen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen die betrokken zijn in de zorg voor een specifieke groep patiënten, nl. migrainepatiënten. De neuroloog specialiseert zich dus op één soort patiënt en doet dat in samenwerking met andersoortige specialisten. Zo kan de neuroloog twee keer leren. Samen met andere neurologen kan hij/zij functioneel leren. Samen met de psychologen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen kan hij / zij patiëntgericht leren.

De neuroloog behandelt dan inderdaad weinig verschillende ziektebeelden, maar is wel gespecialiseerd om samen met andere disciplines dit ene ziektebeeld te behandelen. Het gaat dus om een aandoeningsgerichte specialisatie en niet langer een bewerkingsgerichte specialisatie. De noodzaak hiervoor wordt steeds groter. Door toename van de kennis in de 'care & cure' van patiënten is er steeds meer subspecialisatie. Dit betekent per definitie dat er meer multidisciplinair moet samengewerkt worden voor de behandeling van ziektebeelden. Een patiëntgerichte structuur biedt hiervoor structureel de nodige mogelijkheden.

Kortom, een radicaal organisatorische ommezwaai dringt zich op. Zo niet, zullen de dreigende tekorten in de zorg ons welvaarts- en welzijnsniveau op pijnlijke wijze naar beneden halen. Dergelijke ommezwaai zal vooral veel visie en leiderschap vereisen. Niet alleen binnen de zorgorganisaties maar al evenzeer in de belendende institutionele velden. De financiering, de wetgeving, het onderwijs, de zorgarchitectuur: zonder onderscheid zijn ze gepakt en gemazeld in op functionele leest geschoonde zorgprocessen. Op hun beurt versterken ze daardoor die functionele oriëntatie. Een Catch22-situatie dreigt. Ook binnen deze institutionele velden moet het roer bijgevolg radicaal omgegooid worden.

"Slimmer Zorgen voor Morgen"? Anders Organiseren wordt de nieuwe standaard!

CASE 1: HOE HET OOK ANDERS KAN: EEN GERIATRISCH CENTRUM VOOR DE TOEKOMST

Sint-Trudo stapte begin 2012 mee in het IHRAZ-project¹ om de voordelen van een innovatieve arbeidsorganisatie en een modern HR-beleid te exploreren. En zo werd de fusie tussen de geriatrie afdelingen van Sint-Anna en de campus Sint-Trudo meteen een ideale proeftuin.

1. De aanleiding voor het IHRAZ-project

Een fusie van voorheen fysiek gescheiden afdelingen is niet vanzelfsprekend. In alle organisaties zorgt fysieke afstand vroeg of laat ook voor mentale afstand en ‘eilandjes’-denken. Deze afstand zorgt voor een andere bedrijfscultuur met soms andere profielen van mensen en processen. Uitgangspunt nummer één was dan ook het veranderen van de *mindset*.

In dit geval had men in de twee afdelingen zelfs gekozen voor een ander soort bewoners. De campus van St.-Anna was vroeger bijvoorbeeld minder acuut-geriatrie en meer gericht op chronische bewoners. In de nieuwe situatie wordt dit onderscheid niet langer gemaakt en werkt iedereen voor één en dezelfde afdeling.

Een tweede aanleiding voor de proeftuin waren de ondersteunende diensten. Zoals in de meeste ziekenhuizen zijn diensten zoals de keukens, de schoonmaak en de logistiek in grote mate gecentraliseerd. Daardoor wordt de specialisatietrend uit de medische en verzorgende afdelingen gewoon doorgetrokken naar de ondersteunende functies. Het gevolg is dat ondersteunende medewerkers weinig betrokken zijn bij een afdeling en bij de zorg voor bewoners. Vanuit een efficiëntiedenken werd de voorbije jaren hard gehamerd op het belang van schaalvergroting en specialisatie, twee klassieke, bureaucratische recepten. Maar dit leidt soms tot een verminderde betrokkenheid van medewerkers en een gebrekkige samenwerking rond het bed van de bewoner. Daar wilde men bij Sint-Trudo graag iets aan veranderen.

¹ Het project ‘Innovatie in HR & Arbeidsorganisatie in ziekenhuizen’ (IHRAZ) werd ondersteund door Limburg Sterk Merk (LSM). De POM Limburg introduceerde met dit project de principes van innovatieve arbeidsorganisatie in de Limburgse ziekenhuizen Sint-Trudo Ziekenhuis (Sint-Truiden) en Mariaziekenhuis (Overpelt). Het uitgangspunt bij deze principes is telkens dat de resultaten zowel de organisatie als de werknemer ten goede komen door bv. efficiëntieverbetering, verhoogde werkvreugde, meer betrokkenheid, hogere tevredenheid bij patiënten, ... Dit kan door bepaalde taken anders te organiseren, door op een andere manier samen te werken, door de patiënt nog meer centraal te stellen (denken en werken vanuit het oogpunt van de patiënt) ... De resultaten van het onderzoek laten zien hoe deze principes kunnen leiden tot meer betrokkenheid van de werknemers en betere resultaten voor de zorginstellingen. In tijden van budgettaire krapte wordt op deze manier de kwaliteit van de zorg ook op langere termijn gegarandeerd.

Een derde en laatste insteek voor dit proefproject was de instroomproblematiek. Zoals alle toekomstprognoses aantonen, dreigt er een tekort aan beschikbaar talent op de arbeidsmarkt. De oplossing die we meestal kiezen is dan harder werken. Maar bij Sint-Trudo was men benieuwd of er geen alternatief voor handen was:

- Kunnen we niet *slimmer* gaan werken in plaats van *harder*?
- Hoe richten we ons maximaal op onze oudere bewoners?
- Worden jobs in de geriatrische zorg daardoor ook aantrekkelijker voor kandidaten?
- En kunnen we ervoor zorgen dat onze medewerkers langer met *goesting* aan de slag kunnen blijven?

Een belangrijke randvoorwaarde bij dit alles is budgetneutraliteit. Om de uitrol van de principes van Innovatieve Arbeidsorganisatie (IAO) op grotere schaal mogelijk te maken, mogen de veranderingen geen extra onkosten teweegbrengen. Dat zou immers de acceptatie sterk beperken, gezien het strakke budgettaire kader waarin ziekenhuizen vandaag de dag moeten werken.

Gezien de specifieke problematiek van ondervoeding bij geriatrische bewoners, werd gekozen om bijzondere aandacht te besteden aan alle activiteiten die met voeding te maken hebben. Bij dat complexe proces zijn immers heel wat handen betrokken, zodat er veel afstemming vereist is. Essentiële elementen uit de theorie rond Innovatieve Arbeidsorganisatie werden meegenomen voor een herontwerp van de voedingsactiviteiten. We zullen deze aspecten hieronder verder toelichten.

2. Multidisciplinaire teams dicht bij het bed

Op de nieuwe campus worden beide afdelingen vandaag ‘in spiegelbeeld’ aan elkaar gekoppeld. Dat wil zeggen dat de 48 bedden gespreid worden over twee identieke verpleegafdelingen met gedeelde ondersteunende diensten. En sinds september 2013 worden die duoadelingen nog dichter bij elkaar gebracht door ook de verplegende teams te mengen in een systeem met ‘vier kanten op een gang’. Traditioneel denkt men in de zorg aan gangen met twee kanten, bij Sint-Trudo schakelen ze een versnelling hoger en krijg je gangen met vier kanten.

Het fundamentele uitgangspunt van deze aanpak is dat de verschillende afdelingen en activiteiten in een klassiek ziekenhuis vandaag nog te gescheiden zijn. “We zijn nog te vaak bezig met ‘wie’ we zijn in plaats van ‘waarom’ we hier zijn: voor de patiënten,” aldus Doris Eder (Bedrijfskundig Directeur).

Zeker voor oudere bewoners die de problematiek van een ziekenhuisproces minder kunnen kaderen, is het van belang beter samen te werken en te denken vanuit het perspectief van de bewoner zelf. Artsen, verpleegkundigen, paramedici en ondersteunend personeel moeten vroeg of laat allemaal samenwerken 'rond het bed'. De essentie van de verandering is dat men rond het voedingsproces nu verschillende beroepsgroepen intensiever laat samenwerken.

Om acht uur 's ochtends starten we met het ontbijt. Een keukenmedewerker rijdt niet alleen de kar met maaltijden rond, maar brengt de dienbladen ook tot bij het bed van de bewoner. De kinesist loopt voor de kar uit om de oudere mensen correct in de juiste houding te laten zitten, en ook de ergotherapeut, diëtist of logopedist zijn aanwezig indien nodig.

's Middags gebeurt hetzelfde, met het verschil dat men de bewoners dan zo veel mogelijk samenbrengt in de dagzaal waar de maaltijd door de ergo wordt begeleid. 's Avonds ruimt het keukenpersoneel niet mee af, omdat de uurroosters dat nog niet toelaten vandaag. Ook in het weekend is dat zo. Daar zie je dat de functionele macro-opdeling in verschillende afdelingen met een andere directeur nog voor een rigiditeit zorgt die je niet kunt wegwerken op mesoniveau.

Voor bewoners heeft deze manier van werken een erg zichtbare impact. Een van de diëtisten zei daarover: "Patiënten weten nu ten minste dat de diëtisten aanwezig zijn. Zij staan je nu bij wijze van spreken op te wachten, en wij voelen ons meer deel van het team. En dat is uiteindelijk allemaal beter voor de patiënt, zeker als die ook nog eens dementierend is."

In het begin waren sommige medewerkers bang om zo dicht bij de bewoner betrokken te worden. Mensen die al jarenlang in het ziekenhuis werkten vanuit een ondersteunende dienst, stonden plots voor het eerst met bevende handen voor een bewoner. "Oei oei, doe ik dat wel goed?", en "Wat gaat die hoofdverpleegkundige straks wel niet van mij denken?", waren maar enkele opmerkingen die we zo konden optekenen.

Het afruimen verloopt vandaag bij iedereen vlekkeloos. Opdienen blijft iets moeilijker, omdat men zich soms wat onzeker voelt. In principe is opdienen altijd een teamtaak, zodat niemand plots alleen bij een bewoner hoeft te staan. Maar soms is de verpleegkundige nog niet klaar en dat kan iemand die niet alle dagen met bewoners in contact komt in het begin extra stress bezorgen.

Zorgdirecteur Danny Vantiggelen en zijn team waren werkelijk verrast van bovengenoemde angst: "Dit hadden we niet zien aankomen. We staan er niet bij stil, maar wij zijn zo gefocust op onze eigen specialisaties, dat we soms uit het oog verliezen wat er om ons heen allemaal in het ziekenhuis gebeurt. Die strakke scheiding tussen beroepsgroepen wil ik echt deels doorbreken. Diëtisten bijvoorbeeld leven voor 'voeding', en zijn daardoor niet meer geïnteresseerd in het 'voeden' zelf."

Een verpleegkundige moet dan leren inzien dat het niet evident is voor een keukenmedewerker om te helpen bij het voeden van een bewoner. En iemand die in de keuken een bord dresseert zal daar ongetwijfeld anders over denken in het besef dat ze dat bord vervolgens zelf moet opdienen. Iedereen beschouwt deze aanpassing dan ook als een leerproces dat op termijn alleen maar positieve effecten heeft. Patrick Lemmens (Diensthoofd Keuken) is overtuigd van de meerwaarde: "Mensen in de keuken kregen vroeger nooit feedback. Behalve als het fout ging. Nu worden ze zelfs gekust! Er is veel meer binding nu, de relaties worden plots wat familialer."

Ook bij het opmaken van de bedden werd voor een kleine innovatie gekozen. Bij het aftrekken van de bedden werken verpleegkundigen en schoonmaakpersoneel voortaan samen. Traditioneel wordt het schoonmaakpersoneel niet betrokken bij het opmaken van bedden. Dat zorgt voor een strakke scheiding tussen twee functies en een zekere afstand in de samenwerking. Niet zelden leidt zulk gebrek aan samenwerking tot wantrouwen en gebrekkige afstemming, wat leidt tot minder kwaliteit voor de bewoner en minder efficiëntie voor het ziekenhuis. Het experiment bij Sint-Trudo laat zien hoe je mensen kunt samenbrengen rond het primair proces, ook wel het kernproces genoemd, zonder dat kwaliteit en efficiëntie met elkaar in tegenstrijd hoeven te zijn.

"Voor mij geeft het experiment vooral aan dat we een andere richting uitmoeten. We moeten mensen nog meer valoriseren. Dat zorgt voor veel meer respect en empathie, maar komt ook de kwaliteit ten goede. We staan vandaag met een geëngageerd team voor onze patiënten," zegt Danny Vantiggelen.

3. Regelruimte door te decentraliseren

Een mooi voorbeeld van regelruimte is de artsenronde. In samenspraak met de artsen lopen verpleegkundigen in het nieuwe systeem om beurten mee met de artsenronde, waar dat vroeger enkel gebeurde door de hoofdverpleegkundige. Dit levert twee directe resultaten op. Ten eerste komt er tijd vrij voor de hoofdverpleegkundigen.

Die tijd wordt gebruikt voor administratie (wat zorgt voor kwaliteitswinst op bewonersdossiers en een reductie van het aantal overuren) en voor bewonerszorg (wat de kwaliteit van de zorg ten goede komt). Ten tweede worden verpleegkundigen meer dan ooit aangemoedigd om hun verantwoordelijkheid op te nemen. Zij kunnen zich niet langer verschuilen achter de (soms brede) rug van de hoofdverpleegkundige, maar moeten zelf mee nadenken en beslissen over bewoners in samenspraak met de artsen. Daardoor nemen hun kennis en zelfvertrouwen toe, en krijgen ze meer respect van de artsen.

Hoofdverpleegkundige Kim Derieuw geeft wel aan dat zulk engagement veel vraagt van haar team: “Als mensen meer verantwoordelijkheid krijgen, zie je ook wie capaciteiten heeft en wie niet.” De rol van de leidinggevende verandert daarmee van controleren naar coachen: hoe kun je geleidelijk aan de zwakkere schakels mee naar boven trekken?

Kim gebruikt ook het beeld van de marionet: “In het oude model hadden we van die poppetjes met touwtjes. In het nieuwe model dansen de poppetjes nog maar de touwtjes zijn weg.”

De rode draad van het hele project is participatie: van bij het begin worden alle lagen van de organisatie betrokken. Daardoor gaat de verandering misschien wat trager, maar het resultaat is fundamenteel meer gedragen door de hele organisatie. Martine Vanrusselt (Zorgmanager) heeft het over een “heel mooi project, dat we met beide handen willen opnemen en willen zien verderzetten.”

CASE 2: CLIËNTGERICHT WERKEN IN DE ZORG: THUISKOMEN BIJ MENOS

1. Een eigenzinnige visie

De vzw Menos heeft een eigenzinnige kijk op zorg voor ouderen. Dat komt tot uiting in hun aanpak, het team, de organisatie en de architectuur. En omdat hun filosofie zo anders is, werd het verhaal van het woonzorgcentrum Menos een avontuur van vallen en opstaan. Een mooi en spannend avontuur wel, dat trouwens nog in volle gang is.

Menos wil door middel van een intensieve samenwerking tussen de verschillende partners een zorgketen ontwikkelen voor zorgbehoevende ouderen met psycho-organische stoornissen en de mensen die bij hun zorg betrokken zijn. Deze zorg moet toelaten dat ouderen met aangepaste hulp en de nodige ondersteuning zo lang mogelijk in de vertrouwde thuisomgeving kunnen blijven.

Een van de schakels in deze zorgketen is een woonzorgcentrum met kortverblijf en dagverzorging. De visie van Menos op wonen, leven en zorg is gestoeld op de begrippen normalisatie, integratie, participatie en inclusie. Medewerkers en directie zijn op een niet-directieve en niet-verstorende wijze aanwezig en faciliteren de zorgbehoevende bewoners in hun nieuwe levensfase.

De keuze om radicaal vanuit die visie op wonen, leven en zorg te vertrekken bleek al snel niet zo evident te zijn in een sector die streng gereglementeerd is. Wat zo eenvoudig geformuleerd werd in de visiebepaling, bleek in de realiteit heel wat nieuwe uitdagingen met zich mee te brengen. Hoe creëer je een 'thuis' voor mensen in een context waarin je zorg moet organiseren voor een grote groep van mensen met zeer diverse noden?

Daarnaast stelde het Menos-team zich van bij het begin de vraag wat het gevoel van zich 'thuisvoelen' betekent voor mensen? Met andere woorden, wanneer voel ik mij 'thuis'? Ze kwamen tot de ontdekking dat het gevoel van 'thuis zijn' inhoudt dat je de regie over je eigen leven blijft behouden, ook wanneer je verward bent of hulp nodig hebt. 'Zich thuisvoelen' bleek ook te betekenen: de sfeer van thuis herkennen, zoals de typische sfeer van de keuken waar de geur van soep je tegemoetkomt. Of opstaan nadat je hebt uitgeslapen om je vervolgens in pyjama naar de keuken te begeven en te genieten van een kop verse koffie aan de keukentafel.

Mensen de regie over hun leven laten behouden en ruimte laten voor datgene waar zij nog energie uithalen, uitgaan van hun verlangens, ... Mee op pad gaan met bewoners in deze nieuwe manier van leven, rekening houdend met het ritme van de bewoner. Kan dat?

En kunnen we straks wel medewerkers vinden die in een dergelijke organisatie willen werken, meer bepaald medewerkers uit knelpuntberoepen zoals verpleegkundige? Over welke competenties en vaardigheden moeten die medewerkers dan beschikken? Betrokkenheid van medewerkers bleek een sleutelwoord te zijn. Maar hoe doe je dat: 'betrokkenheid creëren bij medewerkers'?

2. Een innovatief organisatieontwerp

Wat Menos zo bijzonder maakt, is onder meer dat het van bij de opzet ontworpen werd vanuit de principes van de Innovatieve Arbeidsorganisatie (IAO). De Provinciale Ontwikkelings Maatschappij Limburg (POM Limburg) stond daar borg voor. Het ontwerpdevis was even simpel als radicaal:

1. stel de bewoner centraal;
2. creëer maximale betrokkenheid van medewerkers.

Het vertrekpunt van het ontwerp was – zoals dat hoort – de strategische visie van Menos. Op welke manier kan een organisatiemodel aansluiten bij de specifieke doelstellingen van het Menos-team? Radicaal cliëntgericht werken betekent dan ook dat het ontwerp van een nieuwe organisatie die de bewoner van a tot z vooropstelt.

Een eerste analyse vertrok daarbij van de verschillende soorten bewoners en hun behoeften, met de bedoeling na te denken over de indeling van ouderen in verschillende leefgroepen. Welke criteria zouden daarvoor worden gebruikt?

Er zijn immers verschillende manieren om nieuwe bewoners toe te wijzen aan een van de huisjes op de Menos-site. Sommige criteria werden meteen van de hand gewezen, terwijl andere leidden tot een interessant debat:

- zorgbehoefte;
- graad van dementie;
- inkomen;
- levensbeschouwing;
- geslacht;
- leeftijd;
- ...

Gaan we binnen elke afdeling homogeniteit of diversiteit nastreven, was uiteindelijk de vraag. En wat zijn daarvan de voordelen? Is het bijvoorbeeld voor een gelovige, hoogopgeleide bejaarde wel interessant om haar oude dag door te brengen in het gezelschap van iemand die ongelovig is of met mensen die altijd als arbeider hebben gewerkt? Wil je de sportieve bejaarden bij elkaar zetten, of is het juist beter om een goede mix te creëren? Het lijken evidente vragen, maar de discussies toonden aan dat elke keuze belangrijke implicaties heeft voor de bewoner en voor de organisatie.

De strategie van Menos zet in op zwaar zorgbehoevende ouderen met een psychiatrische problematiek. Dat is geen evidente, maar wel een duidelijke keuze. Die zorgt er met name voor dat de instroom van patiënten in grote mate homogeen te noemen is, waardoor een verdere opsplitsing niet zinvol werd geacht. Uiteindelijk werd beslist te werken met telkens kleine leefgroepen van acht bewoners, met heterogeniteit als leidraad. Deze indeling mag dus niet leiden tot specialisatie binnen de verschillende leefgroepen, omdat dat zou leiden tot een hokjesmentaliteit en het de inzet van medewerkers al snel beperkt tot het eigen huisje.

3. Decentraal, tenzij ...

Vervolgens werd een grondige inventaris gemaakt van alle uitvoerende, voorbereidende en ondersteunende activiteiten die Menos zelf wenst uit te voeren, en de activiteiten die kunnen worden uitbesteed. Opnieuw werd daarbij niet enkel de efficiëntie-vraag gesteld, maar ook het belang van de bewoner en zijn omgeving alsook de betrokkenheid van de medewerkers werden in overweging genomen. Dat leidt tot een heel andere filter dan een louter economische. Bijvoorbeeld de rol van mantelzorgers kon daardoor worden meegenomen in de discussie. En voor bepaalde activiteiten heeft dat tot interessante oplossingen geleid. Laten we het het bewonersvervoer als voorbeeld nemen: voor het structureel medisch transport wordt een beroep gedaan op een externe organisatie, maar voor bepaalde verplaatsingen in het kader van activiteiten gaat men ervan uit dat sommige medewerkers of familieleden dit kunnen opnemen in hun takenpakket. Als we niet langer uitgaan van een strikte scheiding tussen functionele specialiteiten (transport versus verpleegkunde versus logistiek versus ...), dan wordt het mogelijk om veel breder rekening te houden met talenten, interesses en beschikbaarheden van mensen op alle niveaus.

Bij de allocatie van activiteiten aan de verschillende types medewerkers(rollen) hadden we afgesproken dat het team ze zelf uitvoerde, tenzij er een goede reden is om die activiteit op een hoger niveau in te richten. Het resultaat is een heel beperkte stafafdeling en tien leefgroepen met telkens een multidisciplinair team van verzorgende medewerkers. Voor elke activiteit werd uitgebreid nagedacht over de voor- en nadelen van een invulling zo dicht mogelijk bij de bewoner.

Voor activiteiten waarbij het onmogelijk is om binnen elke leefgroep telkens dezelfde expertise op te bouwen, wordt in sommige gevallen gewerkt met het zogenaamde 'stermodel', bijvoorbeeld in het geval van palliatieve zorgverlening of rond de incontinentieproblematiek. Dat betekent dat alle teamleden een leefgroep-overstijgende rol kunnen opnemen voor taken die coördinatie vergen tussen de verschillende teams

4. Geen strikte scheiding tussen Denken en Doen

Ook voor de regelende taken werd dezelfde overweging gemaakt, zodat er maximaal op zelfsturing en medewerkersbetrokkenheid kon worden ingezet. Zoals eerder besproken, leidt dit model tot snellere besluitvorming, minder management- en overheadkosten en meer betrokkenheid van medewerkers.

De rol van een centrale managementfunctie verandert ook grondig. In traditionele organisaties zijn managers en stafafdelingen vooral bezig met het afstemmen tussen de verschillende ‘functies’ binnen de organisatie. Ze zijn dus per definitie erg intern gericht, en worden vaak betrokken bij de meest operationele beslissingen.

Menos heeft gekozen voor een heel platte organisatie, waarbij centrale regeling vooral te maken heeft met beslissingen die meer met structurele verbetering of vernieuwing te maken hebben (en dus niet gebaseerd zijn op routine) en die in hogere mate extern gericht zijn. Zoiets kan natuurlijk alleen als de dagelijkse beslissingen op een lager niveau plaatsvinden, zonder dat men telkens een beroep hoeft te doen op ‘het management’.

Het is duidelijk dat dit model nogal afwijkt van de gebruiken in de meeste zorginstellingen. Daarom wordt er bij de selectie van nieuwe medewerkers bijzondere aandacht besteed aan attitudes ten opzichte van taakverdeling en verantwoordelijkheden. Mensen weten bijgevolg dat ze straks niet in een traditionele organisatie terecht komen waarbij ze veel kunnen overlaten aan hun leidinggevende.

Ook het competentiemodel en de ontwikkelingsmogelijkheden van individuele medewerkers vertrekt vanuit die visie en zorgt zo voor niet-klasseke rollen en een veel flexibelere teamindeling. Klasseke competentiemodellen gaan uit van maximale competentieprofielen. Zo zoeken we dikwijls naar schapen met vijf poten, waardoor de geselecteerde kandidaten het liefst de functiebeschrijving overstijgen. In nogal wat gevallen leidt dat tot overgekwalficeerde medewerkers die vervolgens onvoldoende groei mogelijkheden zien en de organisatie snel verlaten.

Het zogenaamde ‘bloemblaadjesmodel’ vertrekt van een basiscompetentie die cruciaal is in de rol. Vervolgens kunnen mensen bijkomende ‘blaadjes’ (additionele competentieclusters) laten groeien (en na verloop van tijd ook weer verliezen als ze dat wensen).

Een val waarin men ook bij Menos dreigde te trappen, was de rol van de ‘coördinerend verpleegkundige’. Het leek een evidentie om tussen de centrale staf en de afdelingen ook een ‘hoofd’ te plaatsen dat zou instaan voor de planning en de coördinatie tussen de verschillende verpleegeenheden, zoals in een traditioneel ziekenhuis bijvoorbeeld. Het gevaar van zulke ‘functie’ is echter dat ze onderhevig is aan de wetten van de fysica. We hebben gezien dat bepaalde functies onder invloed van middelpuntvliedende krachten mensen lijken aan te zuigen. Zeker als dergelijke functies gepaard gaan met een bepaalde vorm van macht, controle en status, wordt daarmee de basis gelegd voor een strakke scheiding tussen denken en doen.

Zeker als dergelijke functies gepaard gaan met een bepaalde vorm van macht, controle en status, wordt daarmee de basis gelegd voor een strakke scheiding tussen denken en doen.

De uiteindelijke oplossing van het Menos-team mag dan wel eenvoudig zijn, ze is minstens zo creatief. In de eerste plaats definieert men die verantwoordelijkheid niet langer als een strakke 'functie' maar als een roterende 'rol': niemand kan de functie langer dan een bepaalde tijd (tot een jaar bijvoorbeeld) uitvoeren, en de rol wordt altijd gecombineerd met andere (uitvoerende) rollen binnen de teams. En ten tweede kwam men op de proppen met een naam voor die rol, die geheel past bij de filosofie van het concept, namelijk de 'schakelverpleegkundige'. Die persoon vormt dus straks de 'schakel' tussen de verschillende leefgroepen en speelt in feite een 'ster-rol' zoals ook andere niet-frequente rollen binnen de sterstructuur bij toerbeurt worden ingevuld.

5. Werk in vooruitgang

Voor de medewerkers is het zoeken. Ze schrijven immers een nieuw verhaal. Maar wat voor (de meesten van) hen, de bewoners en hun respectievelijke geliefden nu al vaststaat, is dat ze goed op weg zijn. Om thuis te komen ...